

Protocole Latarjet

Phase 1 : Post-op immédiat (0 à 3 semaines post-op)

Buts :

- Diminuer la douleur à l'épaule et contrôler le processus inflammatoire
- Protéger l'intégrité de la chirurgie
- S'assurer d'un contrôle scapulaire adéquat

Précautions :

- Pas de mobilisation active (AROM) et passive (PROM) à l'épaule pour 6 semaines
- Pas rotation externe (RE)
- Enlever l'attelle seulement pour la douche et pour la mobilisation du coude en avec l'épaule en position de rotation neutre.
- Ne pas soulever d'objets avec l'épaule opérée
- Garder la cicatrice propre et sèche pour 14 jours post-op
- Enseignement au patient : posture, protection articulation de l'épaule, positionnement, hygiène...
- Dormir avec l'attelle et un support à l'épaule (serviette sous coude pour prévenir l'hyper extension de l'épaule)

Traitements :

- Garder l'attelle en tout temps sauf pour les exercices
- PROM, AAROM, AROM permis pour le coude et le poignet. Exercices de préhension résistés permis.
- Exercices de renforcement isométrique scapulaire
- Glace et modalités anti-inflammatoires

Phase 2 : Phase intermédiaire (4 à 6 semaines post-op)

Buts :

- Minimiser la douleur et la réponse inflammatoire à l'épaule
- Protéger l'intégrité de la chirurgie
- Atteindre graduellement la mobilité active épaule
- Sevrage de l'attelle de la 4^e à la 6^e semaine selon l'avis du chirurgien.
- Débuter les activités quotidiennes légères

Précautions :

- Pas de RE excessive
- Pas de renforcement actif.

Traitements :

- Débuter les mobilisations passives (PROM) de l'épaule sans augmentation de la douleur :
 - Flexion antérieure selon tolérance
 - Abduction dans le plan scapulaire
 - Rotation interne (RI) jusqu'à 45° avec l'épaule à 30° d'abduction
 - Rotation externe (RE) dans le plan scapulaire de 0° à 45°, débuter à 30° d'abduction pour respecter intégrité de la capsule antérieure
 - Mobilisation de l'omoplate dans toutes les directions
- Mobilisations gléno-humérale (TMO) grade 1 à 2 prn
- Mobilisations scapulo-thoracique et thoracique (TMO) grade 1, 2 et 3 prn
- Débuter l'étirement de la capsule postérieure selon tolérance: étirement en adduction
- Poursuivre la glace et les modalités anti-inflammatoires prn

Critères pour passer à la phase 3 :

- Lorsque la mobilisation passive (PROM) en flexion atteint 100° au moins et la RE passive atteint 30° à 20° d'abduction
- Lorsque que les exercices de la phase 2 sont exécutés sans douleur avec une bonne mécanique glénohumérale

Phase 3 : Phase intermédiaire avancée (6 à 13 semaines post-op)

Buts :

- Minimiser la douleur et la réponse inflammatoire à l'épaule
- Protéger l'intégrité de la chirurgie
- Débuter la mobilisation active de l'épaule

Précautions :

- Pas de renforcement contre résistance de la flexion du coude avant la 13^e semaine post-op pour minimiser la tension au niveau du tendon conjoint coracobiceps.
- Pas de renforcement isométrique à l'épaule
- Pas de renforcement contre résistance avant la 13^e semaine post-op.

Traitements :

- Progresser PROM de l'épaule (sans augmenter la douleur)
 - Flexion antérieure et abduction dans le plan scapulaire selon tolérance
 - RI dans différents angles d'abduction selon tolérance
 - Progresser RE dans différents angles d'abduction lorsque le patient est capable d'atteindre 35° de RE avec l'épaule à 40° d'abduction.
- Mobilisation gléno-humérale et scapulo-thoracique (TMO) grade 1 à 4 prn

- Débuter la mobilisation de l'épaule AAROM et AROM avec un bon contrôle de l'omoplate
- Débuter la stabilisation rythmique et les exercices de contrôle moteur :
 - RI et RE dans le plan scapulaire
 - flexion, extension, abduction et adduction dans différents angles et plans
- Progresser les exercices de renforcement des stabilisateurs de l'omoplate
- Poursuivre l'application de glace et de modalités anti-inflammatoires prn

Critères pour passer à la phase 4 :

- Flexion antérieure passive d'au moins 155°
- RE passive entre 8° et 10° en DL à 20° d'abduction de l'épaule
- RE passive d'au moins 75° à 90° d'abduction de l'épaule
- Flexion active d'au moins 145° avec bon contrôle moteur
- Posture adéquate de l'omoplate en position repos et au mouvement dynamique dans les AVQ

Phase 4 : Renforcement (13-15 semaines post-op)

Buts :

- Débuter le renforcement musculaire progressif contre résistance.
- Normaliser la force musculaire, l'endurance et le contrôle neuro-musculaire
- Retour aux activités fonctionnelles
- Débuter les exercices provoquant une certaine contrainte sur la capsule antérieure de l'épaule

Précautions :

- Ne pas engendrer de stress trop important sur capsule antérieure de l'épaule avec les activités agressives au-dessus de la tête
- Éviter les sports et les activités de contact avant la 16^e semaine post-op
- Ne pas exécuter de renforcement ou d'activité fonctionnelle dans un plan précis tant que la mobilité n'est pas complète dans ce plan mouvement

Activités :

- Continuer AROM et PROM si requis
- Débuter le programme de renforcement :
 - Gagner l'endurance musculaire en augmentant les répétitions (30 à 50 répétitions) avec une faible résistance (1 à 3lbs).
 - Les exercices devraient être progressés en termes d'intensité, d'élévation de l'épaule et de stress appliquée sur la capsule antérieure de l'épaule.
 - L'élévation complète de l'omoplate dans le plan scapulaire devrait être atteinte avant de débuter l'élévation de l'épaule dans différents plans.
 - Tous les exercices devraient être exécutés sans douleur et sans compensation

- Les exercices devraient inclure des activités en chaîne ouverte et fermée
- Ne pas faire des exercices avec des charges trop lourdes ou plyométriques à ce stade
- Initier l'abduction en RE (full can) jusqu'à 90° avec un bon contrôle moteur
- Initier la résistance manuelle en RE en DD dans plan scapulaire (faible résistance)
- Progresser le renforcement en RI et RE avec Thera Band® à 0° d'abduction
- Initier le renforcement des biceps avec une faible résistance et progresser selon la tolérance
- Initier et progresser le renforcement des pectoraux (petit et grand) tout en évitant un positionnement qui augmenterait le stress sur la capsule antérieure épaule
- Progresser le renforcement du sous-scapulaire :
 - Push-up + (au mur, à genoux sur le sol...)
 - RI résistée avec Thera Band® dans les trois positions : 0°, 45° et 90° d'abduction de l'épaule
 - Redressement assis en diagonal avec résistance (Thera Band®)

Critères pour passer à la phase 5 :

- Flexion passive complète
- RE passive complète à différents angles d'abduction
- Flexion active complète avec bon contrôle musculaire
- Bonne force musculaire de la coiffe des rotateurs et scapulaire

Phase 5 : Mouvements au-dessus de la tête et retour aux activités sportives (semaines 16-20)

Buts :

- Continuer le renforcement et PROM si nécessaire
- Maintenir mobilité active complète et sans douleur
- Retour aux activités plus vigoureuses
- Retour aux activités fonctionnelles

Précautions :

- Éviter un stress excessif sur la capsule antérieure de l'épaule
- Éviter les exercices en position d'abduction horizontale et de rotation externe maximale (donner la consigne au patient de s'assurer de toujours voir ses biceps lors des exercices)
- Éviter les mouvements sportifs au-dessus tête avant 4 mois post-opératoire ou selon l'avis du chirurgien.

Activités :

- Progresser le renforcement isotonique si pas de compensation et de douleur
- Débuter l'entraînement des mouvements au-dessus de la tête
- Poursuivre les exercices d'étirement et de renforcement de l'épaule
- Renforcement du deltoïde, du grand dorsal et du grand pectoral avec des petites charges en augmentant le nombre de répétitions
- Push-up au mur (flexion du coude pas plus 90°)
- Initier les exercices plyométriques et niveau des activités ou des sports pratiqués antérieurement à la chirurgie, selon recommandations du chirurgien

Retour sports et mouvements au-dessus tête :

- Avec accord du chirurgien
- Pas plainte de douleur ou d'instabilité
- ROM adéquat pour les tâches à exécuter
- Bon contrôle moteur, bonne force musculaire et endurance adéquate des muscles scapulo-huméral

Références :

Burns, Ashley, PT « Anterior stabilization of the shoulder : Latarjet protocol ». The Brigham and Women's Hospital, Inc. Department of rehabilitation servives. 2009

Jones D WJ. Shoulder instability. In :Chapman MW, Lane JM, Mann RA, Marder RA, McLain RF, Rab GT, Szabo RM, Vince KG. *Chapman's Orthopaedic Surgery*. Vol 2. 3rd ed. Lippincott Williams and Wilkins.

Yoneda M, Hayashida K, Wakitani S, Nakagawa S, Fukushima S. *Bankart procedure augmented by coracoid transfer for contact athletes with traumatic anterior shoulder instability*. Am J Sports Med. 1999; 27(1) :21-26.

Matthes G, Horvath V, Seifert J, et al. *Oldie but goldie : Bristow-latarjet procedure for anterior shoulder instability*. J Ortho Surg (Hong Kong). 2007;15(1) :4-8.

Banas MP, Dalldorf PG, Sebastianelli WJ, DeHaven KE. *Long-term followup of the modified bristow procedure*. Am J Sports Med. 1993;21 (5):666-671.

Schauder KS, Tullos HS. *Role of the coracoid bone block in the modified bristow procedure*. Am J Sports Med. 1992;20(1) :31-34

Hovelius L, Sandstrom B, Saebo M. *One hundred eighteen bristow-latarjet repairs for recurrent anterior dislocation of the shoulder prospectively followed for fifteen years :Study 2-the evolution of dislocation arthropathy*. J Shoulder Elbow Surg. 2006;15(3) :279-289

Hall CM BL. *Therapeutic Exercises :Moving Toward function*. 2nd ed. Philadelphia : Lippincott Williams and Wilkins; 2005 :787

Date de la dernière révision :

2015-04-10 : Révisé par Dr Philippe Grondin, Dr Véronique Godboult

2015-04-24 : Révisé par Dr Patrice Tétrault